

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0872000500		
法人名	医療法人 健佑会		
事業所名	グループホーム ファミリーユ2階		
所在地	つくば市大曾根3681		
自己評価作成日	2019年8月28日	評価結果市町村受理日	2020年1月8日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=0872000500-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町4637-2
訪問調査日	2019年11月7日

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

地域との交流という意味で、ボランティアの方に来て頂く事や地区のゴミ拾いに参加するなど実施しております。外出の行事も企画し、社会とのつながりが持てるよう支援しています。敷地内の喫茶店の利用もしながら、利用者様の生活の質を向上できるよう努めています。家族との関わりあひも、密にとり、信頼関係を築けるようにしています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

広大な敷地に病院と老人施設があり、その一角に位置する事業所である。1階にはデイサービス、2階から上が3ユニットのグループホームになっている。
新たな管理者が就任し、外部評価を通して見直し等に積極的に取り組む様子が伺われた。また、利用者、スタッフ共に笑顔で、活気があふれる施設と感じた。法人が中心となって、定期的な職員教育が行われており、スタッフは職業人としての意識を高く持ち、質の高いサービスを提供できるよう、カンファレンスを通して情報の共有に努めていた。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と <input type="radio"/> 2. 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3. 家族の1/3くらいと <input type="radio"/> 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	<input type="radio"/> 1. 毎日ある <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3. たまにある <input type="radio"/> 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 3. たまに <input type="radio"/> 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	<input type="radio"/> 1. 大いに増えている <input type="radio"/> 2. 少しずつ増えている <input type="radio"/> 3. あまり増えていない <input type="radio"/> 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> 2. 職員の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 職員の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> 2. 家族等の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 家族等の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない			

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I.理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	基本理念、基本方針を見やすい場所に掲示。	法人理念をもとに、グループホーム独自の理念を作成し、日々の支援に繋げている。全体ミーティングで理念の再確認を行う。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	運営推進委員会で意見交換している。	ボランティアと共に家族会を開き、パネルシアターを楽しんでいる。小中学生の職業体験を受け入れている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	認知症サポーター養成講座を施設で実施している。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	地区のゴミ拾いへの参加。12月にも参加予定。	年4回の推進会議を行っている。民生委員、行政が参加している。利用者家族の参加もあり、意見交換を行っている。議事録は参加されない方も目を通すことができるように工夫がされている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	運営推進委員会で意見交換している。	月に1回、地域密着連絡協議会に参加している。研修や情報の共有に努めている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束委員会の委員を中心に身体拘束の廃止に努めている。全体でのミーティングの際に委員より活動の報告を行い、活動への理解を深めている。	身体拘束の指針は作成されている。定期的に身体拘束について話し合いがされている。家族からの要望により同意書を作成している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	委員会があり、月に1回報告する場がある。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	外部の研修への参加や、研修の報告などで学ぶ機会を設けている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	新規契約時や改定時には、契約書、重要事項説明書を説明し、理解、納得頂けるように対応している。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	運営推進委員会や家族会を定期的に行い、意見、要望を伺っている。意見、要望は議事録で市や職員に内容を伝達している。すぐに実行できるものは実行し、課題とするものは継続検討とし、運営に反映させている。	年3回の家族会を開催している。多くの家族が参加して意見交換を行っている。利用者からは、日々の支援を通して意見を聞いている。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	リーダーミーティングを月に2回と、全体ミーティングを月に1回行っている。	月1回、毎週など、定期的にミーティングを行い、情報・意見交換を行っている。職員の異動があった時は、家族会で紹介をしている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	年に2回の考課表の提出があり、給与に反映している。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	法人内の教育委員会の研修の他、ファミーユの勉強会を実施している。積極的に外部の研修へ参加をするように促している。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	つくば市の地域密着型サービス連絡会の勉強会へ参加して、事例の検討などで交流を図っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居前に本人と会い、出来る限りゆっくり話を聞いて本人の困っている事、体調面などを確認する。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	ご家族の心配に思っていることをお聞きし、解決策を提案し、実行している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	アセスメントを行い、どのようなサービスが必要なのかを見極めてサービスを立案している。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人の行える家事や余暇活動を一緒に行うことで、関係を築いている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	日々の様子は家族会や面会時、電話等で報告させて頂き、共通理解が出来るようにしている。家族との外出、行事への参加や面会を促し、本人を共に支援していく事を理解して頂いている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	面会や手紙、電話での対応を行っている。	定期的に自宅に外泊外出したり、お墓参りや外食などに家族とでかける方がいる。希望があれば嗜好に合わせた支援を行っている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	気の合う利用者同士がなるべく近い席になるようにしている。また、スタッフが間に入り、会話が円滑になるよう心掛けている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	その後の行動、様子については、担当のケアマネや施設などに確認し、協力が必要な場合は協力し支援している。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	本人の話をゆっくり時間をかけて聞く。また、ご家族の話もお聞きしている。自分で気持ちがうまく表現できない方に関しては、気持ちを代弁できるように心がけている。	日々の会話を通し、思いを把握して支援に繋げている。また、利用者家族からの情報をもとに支援に繋げている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	ご家族の協力を得て、過去の生活歴を聞いている。また、スタッフ同士で情報共有している。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	入居前にご家族から1日の過ごし方を聞いている。生活しているうえで、ご本人からもお話を聞いている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ご家族、スタッフ、管理者で担当者会議を行い、希望を汲み取った介護計画書	担当者は、日々の情報やモニタリングから情報を得ている。6ヶ月または1年に1回、担当者会議を開いて、介護計画を立案している。	具体的な介護計画が立案されています。計画に沿った記録内容を検討して下さい。
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	介護記録に、気付いたことや様子を記入している。申し送り時に、スタッフ同士で情報共有している。カンファレンスにおいても話合っている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	法人内の部署との連携を図り、ニーズに沿ったケアを提供している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地区のゴミ拾いに参加したり、地域の利用しやすい店舗への外出を企画し実行している。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	ご本人、ご家族の希望する医療が受けられるように支援している。連携病院に診療科目がない場合には、ご家族に協力をお願いしている。	法人の病院受診以外は家族対応となっている。飲み薬のセッティングは、看護師とダブルチェックで行っている。受診の記録は介護記録に記載されている。詳細は、別途、受診記録を作成している。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	月曜日から金曜日は、施設の看護師と情報を共有し、体調の変化に合わせて受診や看護を受けられるようにしている。休日には連携病院の当直看護師と連携している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院後は、主治医や看護師長より情報を収集して退院後の援助に備えている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	早い段階から予測できる状況を説明して、当施設での可能な対応の範囲を説明している。家族の意向を確認して、主治医と連携を図り、決定した方針に沿って支援している。	重度化や終末期に向けた指針を作成している。病状変化にあわせて、施設での生活が困難になった場合は医師が家族に説明を行っている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	利用者の急変時の対応については、マニュアルを作成して取り組んでいる。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	法人内の防災訓練への参加や、ファミーユ内で日中や夜間を想定した避難訓練を定期的に行っている。	日中夜間想定にて、関連施設と合同または施設内で行っている。備品や備蓄については、法人施設と連携して行っている。	地上4階建てであることから、関連施設との連携が重要と思われる。各種の災害に合わせたマニュアルの整備を検討して頂きたい。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	法人内外への研修に参加している。また、職員室内へ身体拘束のテーマを掲示しており、意識するようにしている。	利用者一人一人の情報収集を行い、要望に合わせた通称で呼んでいる。居室内のポータブル便器の保管方法やトイレのごみ箱の蓋等、感染対策について検討する。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	本人とじっくり話をすることで、希望の表出や自己決定が出来るよう支援している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	本人の好む食事、味付けの提供や、毎日の入浴希望など、その人らしく生活できるように支援している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	2ヶ月に1度、訪問による理容を受けている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	本人の出来る調理の手伝いを行ってもらっている。(もやしの根とり、きのこほぐし、野菜切り、盛り付けなど)	管理栄養士が作成した献立をもとに、スタッフが作成している。誕生日やクリスマスにはケーキを購入している。イベント時にはお弁当を購入し、楽しんでいる。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事量のチェックと水分量のチェックを行っている。摂取量が少ない場合には、本人が好きな飲み物を提供している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	食後の歯磨き、義歯の洗浄、うがい等能力に応じて行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	1人1人の排泄パターンを把握し、自分で行えるところは行ってもらっている。(ズボンの上げ下ろしなど)	排泄パターンを把握し、利用者一人一人に合わせた支援を行っている。夜間は、声掛け誘導を行い支援している。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	水分を勧めたり、体操をするなどをしている。また、主治医に相談している。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴時間は午後からで、本人の体調をみながら実施している。	入浴は毎日、希望に合わせた入浴支援を行っている。季節に合わせた入浴剤を使用している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	不眠時は、飲み物を提供するなどリビングで過ごして頂いている。また、不穏が続く様なら主治医と相談している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	内服薬の情報は、個人のカルテに綴じてありすぐに確認できるようにしている。毎日の記録や申し送りで症状の変化を観察して、受診の時に生活に情報が提供できるようにしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	個々の生活歴や、趣向などを把握したうえで個別のアクティビティを行ったり、身体を動かすレクリエーションなどは全体で行ったりしている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	天候や体調に合わせて、散歩や売店での買い物、喫茶店での飲食などに出かけている。	法人福祉車両を使用して、四季に合わせた外出支援をしている。また、天候に合わせて日常的に敷地内を散歩している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	外出時には、本人が買いたいものを選択して、支払いを行えるように付き添い支援している。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	年賀状を作成し、ご家族に送っている。電話の希望にも対応している。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	行事の際の写真の掲示や、入居者の方が作った作品の掲示を行っている。室内の明るさや温度の設定は、利用者様に合わせてスタッフが調整している。	共有スペースは大きな窓から暖かい日差しが入り、明るい空間になっている。また、椅子は利用者にあわせた高さに調整されている。一人一人が笑顔で自由に過ごしている様子が窺われた。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	食堂で新聞を読んだり、テレビを観たりしている。食堂の自席も気の合う人との組み合わせを配慮している。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時には、家族の協力を頂き、本人の馴染みの家具や椅子、テレビなどを持ち込んで頂いている。その後も危険がないように環境を整えている。	馴染みの家具や大正琴が置かれている。家族写真、趣味の物が置かれ、馴染みの空間作りがされている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	場所が分からなくなることがあるため、トイレ等の表示をしている。個々の居室のドアに名前を貼ったり、個々の能力に合わせて安全を配慮した上で家具の配置をしている。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム ファミーユ

目標達成計画

作成日: 2019年1月6日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】				
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容 目標達成に要する期間
1	35	・建物の2F～4Fがグループホームの住居となっているが、重度化が進んでおり、グループホームのスタッフだけでは避難誘導が難しい。	・日頃から関連施設との連携を図り、災害が起きた際に利用者様を安全に避難誘導できるようになる。	・災害マニュアルの見直し、再整備 ・合同の避難訓練にて、関連施設との連携を図る。 ・グループ合同の防災委員会にて、他施設との防災の連携を図る。 12ヶ月
2	26	・具体的な介護計画を立て、実践できる様になってきているが、記録が計画に沿った内容でない。	・スタッフ全員が、計画に沿った記録ができるようになる。	・記録に関する勉強会をグループホーム内で行う。 ・マニュアルの見直しを行い、誰もが同じように記録が出来る様にする。 12ヶ月
3				ヶ月
4				ヶ月
5				ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。